



❖ A gravidez e a CoVID-19:

(De forma a responder a várias perguntas feitas por médicos especialistas em ginecologia-obstetrícia, apresentamos neste documento um resumo dos artigos mais atualizados sobre a CoVID-19 e a gravidez até à data. Relembramos que os vários pontos apresentados não são diretrizes, mas sim os conteúdos que achámos serem mais relevantes nos artigos. Ficarà ao critério do profissional de saúde ler os artigos originais, o que muito recomendamos, para uma decisão informada na sua atuação clínica. Recomendamos também a leitura dos pontos 12 e 13 do artigo da OMS associado à nossa sinopse “Orientações da OMS: tratamento da infeção respiratória aguda severa em adultos, grávidas e crianças quando há suspeita de COVID-19”)

- A gravidez é um estado fisiológico que predispõe as mulheres à infeção respiratória viral e a formas mais graves^{1,2}, pelas alterações nos seus sistemas imunitário e cardiopulmonar associadas. O SARS-CoV e o MERS-CoV são responsáveis por complicações graves durante a gravidez, incluindo a necessidade de intubação endotraqueal, admissão em UCI, insuficiência renal e morte.¹
- A taxa de mortalidade por SARS-CoV entre mulheres grávidas é de até 25%.¹
- Relativamente ao **SARS-CoV-2**, não há evidência de que as mulheres grávidas sejam mais suscetíveis à infeção por CoVID-19 ou mais propensas a desenvolverem pneumonia grave.¹
- As mulheres grávidas com infeção confirmada por **SARS-CoV-2** devem ser tratadas em hospitais terciários designados e devem ser aconselhadas sobre o risco de um resultado adverso da gravidez.
- Mulheres grávidas com sintomas respiratórios ligeiros devido a pneumonia por COVID-19 destacam a necessidade de uma triagem eficaz na admissão.^{2,3}

❖ Existe, na literatura, alguma descrição de transmissão vertical grávida-feto do coronavírus?

- I. Até à data, na nossa pesquisa bibliográfica não foi encontrada evidência de transmissão materno-fetal de CoVID-19.^{1,2}

❖ **Durante o parto numa parturiente, há alguma vantagem em efetuar cesariana como forma de diminuir o risco de infeção do recém-nascido?**

1. A infeção por CoVID-19 não é por si só uma indicação para o parto, a menos que seja necessário melhorar a oxigenação materna.^{1,4}
2. De acordo com a Associação Médica Chinesa (CMA), a progressão da doença materna, idade gestacional e o status intra-uterino fetal são as principais preocupações. Se a segurança materna estiver garantida, o momento do parto deve ser determinado principalmente pela idade gestacional.⁴
3. De acordo com especialistas em obstetrícia na cidade de Wuhan, o momento do parto para gestações complicadas por CoVID-19 deve basear-se nos seguintes:
 - i. Se as gestantes infetadas tiverem indicações obstétricas para antecipar o parto (placenta prévia, pré-eclâmpsia, má apresentação etc.), o momento deste deve ser avaliado caso a caso;
 - ii. Se a infeção por CoVID-19 não melhorar com o tratamento, deve considerar-se antecipar o parto, mesmo na ausência de indicações obstétricas;
 - iii. Se a situação clínica da grávida com CoVID-19 for grave ou crítica, é necessário considerar antecipar o parto para garantir a segurança materna, independentemente da idade gestacional, pois a oxigenação pode ser rapidamente restaurada pelo parto nestas circunstâncias;
4. Durante epidemias graves, o parto após as 32-34 semanas gestacionais pode ser benéfico para o tratamento e segurança subsequentes destas doentes.
5. A cesariana deve ser realizada por um obstetra sénior, a fim de minimizar a probabilidade de complicações.⁴

❖ **Partos pré-termo:**

- É sugerido de que deve ter-se cuidado com a utilização de corticosteróides para a maturação pulmonar fetal numa doente crítica com CoVID-19, pois tal pode agravar o quadro clínico; esta deve ser discutida com especialistas de infeciologia, medicina materno-fetal e neonatologistas.¹

○ **Cuidados a ter na sala de parto e proteção contra infeções:**

6. O parto deve ocorrer numa ala de isolamento com pressão negativa¹; se não for possível, numa enfermaria/bloco com isolamento de infeção;
7. Limitar o equipamento e material e o número de médicos e outros ao essencial (2-3 obstetras e parteiras/enfermeiros qualificados);
8. Respeitar a proteção rigorosa contra infeções para todos os funcionários presentes durante todo o parto; devem ser colhidas amostras biológicas (secreções vaginais, sangue umbilical, líquido amniótico, placenta, zaragatoa orofaríngea neonatal) para determinar o potencial de transmissão vertical intra-uterina da COVID-19.⁴

9. Em doentes com suspeita/provável/confirmação de CoVID-19, não deve ser permitido que os parceiros assistam ao parto, para reduzir a sua exposição ao risco de infeção.¹

○ **Anestesia durante o parto vaginal/cesariana:**

10. A anestesia epidural/geral pode ser utilizada no parto em mulheres com CoVID-19; para as grávidas já intubadas, pode ser aplicada uma anestesia geral através da intubação endotraqueal durante a cesariana.
11. A anestesia epidural em mulheres grávidas com CoVID-19 é a mais indicada para reduzir a exacerbação da infeção durante o processo de intubação/extração, e para evitar os efeitos adversos da anestesia geral em recém-nascidos (tónus muscular e respiração).
12. As doentes sem anestesia geral devem utilizar máscaras cirúrgicas durante o parto.⁴
13. A raquianestesia pode ser realizada com segurança em doentes com infeção ativa por SARS-CoV-2. O EPI de nível 3 parece reduzir o risco de transmissão aos anestesistas expostos a doentes cirúrgicas ligeiramente sintomáticas.⁵

○ **Cuidados a ter no pós-parto e período neonatal:**

14. O neonatologista deve ser notificado pelo menos 30 minutos antes de qualquer parto planeado, para ajudar no que for necessário;
15. Os recém-nascidos de mães suspeitas de CoVID-19 devem ser transferidos para o isolamento imediatamente após avaliação se estiverem em boa condição clínica.

Se a mãe apresentar 2 testes de ácido nucleico negativos consecutivos, o recém-nascido pode juntar-se à mãe e ter alta; se o teste de ácido nucleico materno for positivo ou se uma infeção materna for confirmada, os recém-nascidos devem ficar em quarentena durante pelo menos 14 dias.⁴

16. Relativamente ao recém-nascido de mães suspeitas ou confirmadas:

- i. Após o parto, o cordão umbilical deve ser clampado rapidamente e o recém-nascido avaliado pelo pediatra. Não há evidências suficientes sobre se o atraso da clampagem do cordão umbilical aumenta o risco de infeção do recém-nascido por contato direto.
- ii. Atualmente, não existem evidências suficientes sobre a segurança do aleitamento materno. Se a mãe estiver gravemente doente ou em estado crítico, a separação parece ser a melhor opção, com tentativas de expressar o leite materno para manter a produção de leite; se a mãe for assintomática ou tiver sintomatologia ligeira, pode ponderar-se a amamentação e colocação em alojamento conjunto, em coordenação com os profissionais de saúde.

- ❖ **Qual o tratamento a efetuar numa grávida infetada, para além da terapêutica de suporte e dos fármacos preconizados para utilização durante a gravidez?**

Recomendações da FIGO¹

17. Tratamento de casos suspeitos/prováveis:

Manter o equilíbrio hidroeletrólítico e sintomático (antipiréticos e antidiarreicos). Embora tenham sido levantadas preocupações na literatura médica sobre o risco potencial de exacerbação da carga viral com a utilização de ibuprofeno, a OMS atualmente não se pronuncia contra a sua utilização.

18. Tratamento de doentes confirmadas:

○ **Doença ligeira:**

- i. A abordagem para manter o equilíbrio de fluidos e eletrólitos, tratamento sintomático e a vigilância é a mesma que para casos suspeitos/prováveis;
- ii. Atualmente, não existe tratamento antiviral comprovado para doentes com CoVID-19. Se tal for necessário, fazê-lo após cuidadosa discussão com virologistas e com as doentes grávidas sobre os possíveis efeitos adversos do tratamento;
- iii. Deve ser feita a monitorização de infeção bacteriana com a utilização oportuna de antibióticos, aquando de evidência de infeção bacteriana secundária.

○ **Doença grave e crítica:**

- i. A pneumonia grave está associada a uma elevada taxa de mortalidade materna e perinatal sendo, portanto, necessário um tratamento agressivo, incluindo medidas de apoio com hidratação e oxigenoterapia. A doente deve ser tratada numa sala de isolamento com pressão negativa na UCI, preferencialmente na posição lateral esquerda, com o apoio de uma equipa multidisciplinar;
- ii. Deve ser utilizado tratamento antibiótico apropriado em combinação com antivirais imediatamente após suspeita ou confirmação de infeção bacteriana, após discussão com microbiologistas;
- iii. Deve ser administrada oxigenoterapia para manter a SatO₂ igual ou superior a 95%; deve ser administrada prontamente às doentes com hipoxémia e/ou choque, e o método de ventilação deve estar de acordo com a condição da doente e seguindo orientação dos intensivistas e anestesiólogistas obstetras.

○ **Vigilância fetal:**

- i. Realizar CTG em todas as doentes, para monitorização da FCF quando a idade gestacional passar do limite de viabilidade, com base na prática local (23 a 28 semanas).
- As profissionais de saúde grávidas devem seguir a avaliação de risco e as diretrizes de controlo de infeção após exposição a doentes com suspeita/provável/confirmação de CoVID-19.

NOTA: As recomendações da FIGO (Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia) acima mencionadas, devem ser consideradas em conjunto com recomendações previamente emitidas (OMS, CDC, ECDC, entre outras).

❖ A vacina BCG confere proteção contra a infecção por coronavírus?

19. Em termos gerais:

- Em estudos sobre a vacina BCG, é afirmado que países sem políticas universais de vacinação contra a BCG (Itália, Holanda, EUA) foram mais gravemente afetados do que países com políticas universais e de longa data de administração da vacina BCG. Países com início tardio de política universal relativa à BCG (Irão, 1984) tiveram uma elevada mortalidade, consistente com a ideia de que a vacina BCG protege a população idosa vacinada. Esta vacina também reduziu o número dos casos relatados de COVID-19 num país.^{6,7}

NOTA: É possível que a vacina BCG confira proteção contra a COVID-19; no entanto, são possivelmente necessários mais estudos de investigação e ensaios adequadamente desenhados para se poderem retirar relações fundamentadas e robustas.

20. Na gravidez:

- Não foi encontrada ainda nenhuma bibliografia relevante sobre este tema.

REFERÊNCIAS

- 1) Global interim guidance on coronavirus disease 2019 (COVID-19) during pregnancy and puerperium from FIGO and allied partners: Information for healthcare professionals
- 2) Karimi-Zarchi M, Neamatzadeh H, Dastgheib SA, et al. Vertical Transmission of Coronavirus Disease 19 (COVID-19) from Infected Pregnant Mothers to Neonates: A Review [published online ahead of print, 2020 Apr 2]. *Fetal Pediatr Pathol*. 2020;1–5. doi:10.1080/15513815.2020.1747120
- 3) Li N, Han L, Peng M, et al. Maternal and neonatal outcomes of pregnant women with COVID-19 pneumonia: a case-control study [published online ahead of print, 2020 Mar 30]. *Clin Infect Dis*. 2020;ciaa352. doi:10.1093/cid/ciaa352
- 4) Qi H, Luo X, Zheng Y, et al. Safe Delivery for COVID-19 Infected Pregnancies [published online ahead of print, 2020 Mar 26]. *BJOG*. 2020;10.1111/1471-0528.16231. doi:10.1111/1471-0528.16231
- 5) Zhong Q, Liu YY, Luo Q, et al. Spinal anaesthesia for patients with coronavirus disease 2019 and possible transmission rates in anaesthetists: retrospective, single-centre, observational cohort study [published online ahead of print, 2020 Mar 28]. *Br J Anaesth*. 2020;S0007-0912(20)30161-6. doi:10.1016/j.bja.2020.03.00.
- 6) Dayal D, Gupta S. Connecting BCG Vaccination and COVID-19: Additional Data. Preprint. doi: <https://doi.org/10.1101/2020.04.07.20053272>
- 7) Miller A, et al. Correlation between universal BCG vaccination policy and reduced morbidity and mortality for COVID-19: an epidemiological study. Preprint. doi: <https://doi.org/10.1101/2020.03.24.20042937>